Выявленная закономерность имеет важное прогностическое значение. Поскольку реабилитация после АКШ и стентирования направлена не только на восстановление организма, но и на профилактику повторного сужения просвета кровеносных сосудов и прогрессирования атеросклероза, низкая физическая активность в послеоперационном периоде является фактором риска ухудшения отдаленных результатов.

Рекомендуется разработка специальных, более щадящих, но и при этом длительных программ, где акцент смещается с интенсивности нагрузки на ее регулярность, а также создание условий для безопасного снижения веса параллельно с кардиотренировками.

Таким образом, ожирение выступает в роли мощного модифицирующего фактора, который даже при успешно выполненной реваскуляризации миокарда (АКШ/стентирование) и отсутствии тяжелых неврологических или мышечных нарушений, делает невозможным достижение целевых показателей физической активности. Пока сохраняется высокий вес, пациенту физически трудно передвигаться с необходимой для тренировки сердца скоростью, что значительно замедляет реабилитацию. Следовательно, ключевым звеном реабилитации для данных пациентов должно стать не только кардиотренировка, но и обязательная коррекция веса на дооперационном и раннем послеоперационном этапах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григоренко, Е. А. Эффективность физических тренировок у пациентов с ожирением после коронарного шунтирования / Е. А. Григоренко, С. В. Шилов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2022. – № 4. – С. 22−29.

2. Бубнова, М. Г. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания: патофизиологические аспекты и возможности реабилитации / М. Г. Бубнова, Д. М. Аронов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 4. – С. 45−56.

3. Powell, R. Exercise-based cardiac rehabilitation for patients with obesity after percutaneous coronary intervention: a systematic review / R. Powell, D. Thompson, C. Deaton // International Journal of Cardiology. – 2024. – Vol. 398. – P. 131−142.

УДК 616.12-008.331.1-039.4:616.61-036.12

А. Л. Федорович, О. О. Артемова

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец, ассистент кафедры А. А. Укла

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных хронических заболеваний во всем мире, которое относится к наиболее важным факторам риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1].

Хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции. Характеризуется нарушением одним из основных функций: гомеостатической, выделительной, эндокринной и гемопоэтической [2].

ХБП является частым осложнением АГ, встречаемость ХБП при артериальной гипертензии достаточно высока и колеблется по разным оценкам от 72 до 88%. Повышение артериального давления (АД) регистрируется у 88,8% больных в междиализном периоде, у 86,2% – в преддиализном периоде и у 91,4% после процедуры диализа (таблица 1) [3].

Таблица 1 – Классификация хронической болезни почек (KDIGO, 2012 год) [4]

Категория СКФ	СКФ, мл/мин/1,73 м^2	Определение
С1	≥90	Нормальная или повышенная
С2	60–89	Незначительное снижение
С3а	45–59	Умеренно сниженная
С3b	30–44	Существенно сниженная
С4	15–29	Резко сниженная
С5	<15	Терминальная почечная недостаточность

Цель

Изучить структуру стадий ХБП у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были изучены карты пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете в ГЦГП № 4 г. Гомеля. Были изучены карты 100 пациентов, из которых 48 мужчин и 52 женщины. Средний возраст пациентов составил 54 [25;79] среди мужчин и 59 [22;89] среди женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы все пациенты были распределены на группы по степени АГ: с артериальной гипертензией 1 степени – 20 пациентов, с артериальной гипертензией 2 степени – 41 пациент и с артериальной 3 степени – 39 пациентов.

У пациентов с артериальной гипертензией 1 степени среднее значение СКФ – 74,9 мл/мин; с артериальной гипертензией 2 степени − 63,4 мл/ мин; с артериальной гипертензией 3 степенью − 39,3 мл/мин (рисунок 1).

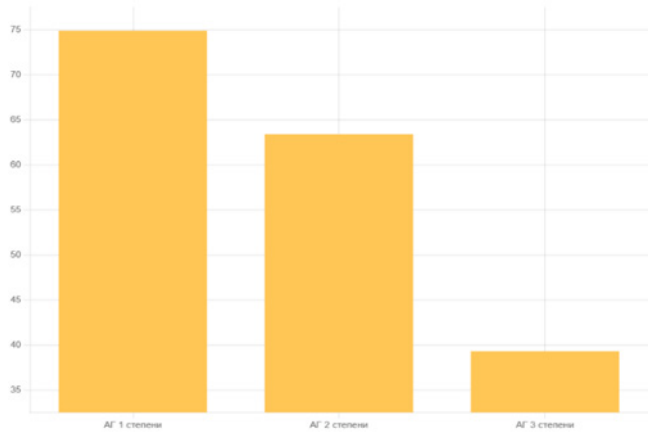


Рисунок 1 – Средняя СКФ в зависимости от стадии АГ

Также мы разделили пациентов по полу и далее по стадиям хронической болезни почек. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Разделение пациентов по группам ХБП

Стадия	Мужчины	Женщины
С1	8	8
С2	6	7
С3а	14	11
С3б	5	11
С4	9	9
С5	6	6

Среди женщин с ХБП в стадии С1 скорость клубочковой фильтрации в среднем составила 96,8 мл/мин; со стадией С2 – 75,7 мл/мин; С3а – 48,0 мл/мин; С3б –37,3 мл/мин; С4 – 23,1 мл/мин и со стадией С5 – 11,8 мл/мин (рисунок 2).

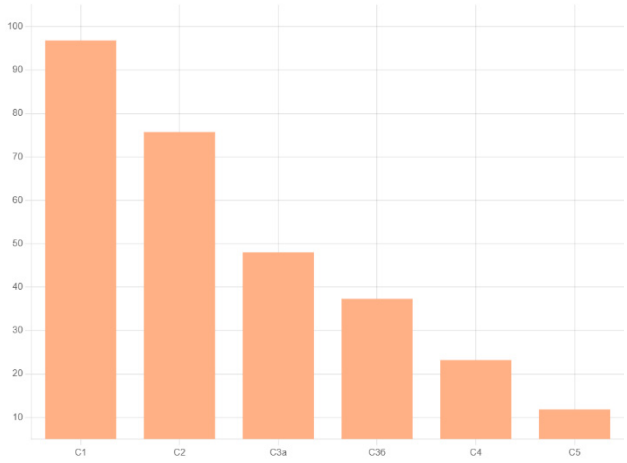


Рисунок 2 – Средняя СКФ у пациентов женского пола

Среди мужчин получились следующие данные: Стадия С1 – 94,6 мл/мин; С2 – 75,25 мл/мин; С3а – 50,6 мл/мин; С3б – 38,78 мл/мин; С4 – 21,65 мл/мин и со стадией С5 – 11,3 мл/мин (рисунок 3).

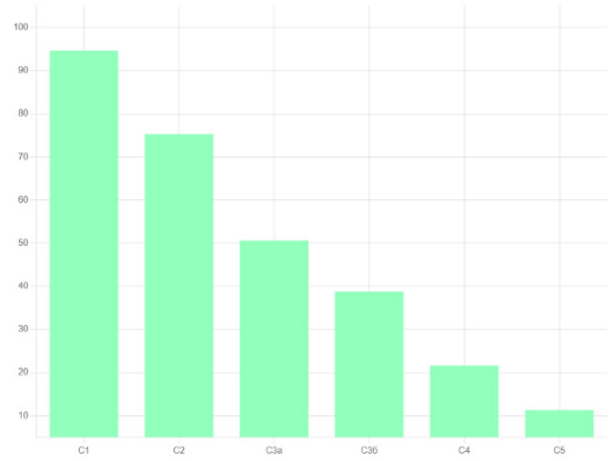


Рисунок 3 – Средняя СКФ у пациентов мужского пола

Выводы

У пациентов с АГ по мере нарастания степени повышения артериального давления снижается СКФ, что говорит о прогрессировании нефросклероза. В настоящее время пациенты с гипертонической нефропатией составляют значимую группу людей, находящихся на программном гемодиализе. Достижение целевых уровней АД у пациентов с артериальной гипертензией является основным методом профилактики ХБП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Риск развития ХБП у пациентов с артериальной гипертензией разной степени в зависимости от скорости клубочковой фильтрации / К. П. Коцур, П. С. Ефимчик. − Пенза : Наука и Просвещение. – 2022. – Т. 1 – С. 185−189.

2. Клинические аспекты течения хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией / С. А. Ключевская [и др.]. // Тенденции развития науки и образования. – 2024. – № 105−9. – С. 25−27.

3. Ведение артериальной гипертензии у больных с хронической болезнью почек на гемодиализе / М. М. Батюшин // Артериальная гипертензия. – 2022. – Т. 28, № 6. – С. 627−640.

4. Пилотович, В. С.Консервативное лечение хронической болезни почек : учеб.-метод.пособие / В. С. Пилотович, В. Н. Громыко. – Мн. : БелМАПО, 2021. – 52 с.

УДК 616.127-005.8-036.82:612.766.1-052

А. А. Хмылёва, А. С. Карпик

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Введение

Инфаркт миокарда по-прежнему остается одной из ведущих причин инвалидности и летального исхода, что обуславливает важность применения эффективной кардиореабилитации для восстановления работоспособности и повышения качества жизни пациентов. Ключевым методом оценки состояния организма при физических нагрузках считается 6-минутный тест ходьбы – он простой и информативный, однако в медицинской практике мало исследовано влияние начального уровня выносливости на результаты реабилитационного периода. Учет таких факторов, как возраст, пол, степень поражения сердечной мышцы, наличие сопутствующих заболеваний, помогает точнее определить первоначальные способности больного и разработать персонализированную программу реабилитации, что существенно увеличивает ее эффективность. Поэтому анализ особенностей восстановления после инфаркта миокарда с учетом показателей 6-минутного теста представляет собой значимую научно-практическую проблему [1, 2].

Цель

Оценить эффективность реабилитации пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от исходного уровня толерантности к физической нагрузке и выявить клинико-функциональные факторы, влияющие на результаты восстановления

Материал и методы исследования

Произведено ретроспективное исследование 18-ти медицинских карт стационарных пациентов. Все пациенты находились на лечении в У «ГОККЦ» в октябре – ноябре 2025 г. с диагнозом инфаркт миокарда.

Проанализировали: пол, возраст, локализация инфаркта миокарда (далее ИМ), степень сердечной недостаточности, осложнения, сопутствующие заболевания, результаты эхокардиографии (далее ЭхоКГ), общего анализа крови (далее ОАК), биохимический анализ крови (далее Б/Х), рост, вес, индекс массы тела (далее ИМТ).

Пациенты прошли реабилитацию, результаты которой оценивали по 6-минутному тесту.

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от исходного результата 6-минутного теста (группы функционального класса (далее ФК) и метры).

Группа 1 составила 5 человек (из них 20% мужчин и 80% женщин, возраст 66 [46; 67]). Исходно пациенты прошли до 415 метров при выполнении 6-минутного теста (при поступлении на реабилитацию).

Группа 2 составила 9 человек (из них 88,8% мужчин и 11,2% женщин, возраст 56 [51; 60]). Исходно пациенты прошли 415−500 метров при выполнении 6-минутного теста (при поступлении на реабилитацию).